

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME					EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):					DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	REASON CODE
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY:			<input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT		<input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____		
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	

紐約州特定福利與服務重新認證表

如您是盲人或有嚴重視障並需要替代格式的重新認證表，則可向當地社會服務區申請。
 如想詳細瞭解可用格式的類型及如何能夠申請替代格式的重新認證表，請參見說明書
 (PUB-1313 Statewide)，其位於 www.otda.ny.gov 或 <https://www.health.ny.gov/>。

如您是盲人或有嚴重視障，則是否願意接收替
 代格式的書面通知？ 是 否

如是，請勾選您希望的格式類型：
 大字體印刷件 資料光碟
 音訊光碟 盲文，如您確信任何其他替 代格式
 皆無法對您同樣有效

如需要其他便利服務，請聯絡社會服務區。

我們致力於以專業和尊敬的方式為您提供協助與支援。您有責任參加各項活動，包括針對公共援助和輔助營養援助計畫的工作活動（如需要），從而您能夠自食其力。每當您在重新認證表上看到「公共援助」或「PA」時，其表示「家庭援助」和/或「安全網援助」。我們稱這兩項計畫為「公共援助」。這些 PA 計畫旨在一直協助您，直到您能夠完全靠自己撫養自己和您的家庭。填寫此表時，請參見說明書(PUB-1313 Statewide) 和《社會服務計劃須知手冊》第 1、2、3 冊 (LDSS-4148A、LDSS-4148B 和 LDSS-4148C)，並在有任何疑問時聯絡社會服務區。

當您在重新認證表上看到「MA」時，其表示「醫療補助」。僅當您亦同時在重新認證公共援助或輔助營養援助計畫時，方能使用此表申請 MA。如想僅重新認證 MA，可造訪 <https://nystateofhealth.ny.gov/>，及/或撥打 1-855-355-5777 詢問詳情或申請，或者，您可以使用專門用於重新認證 MA 的紙質表 - 表 DOH-4220。如想得到此表，可向您的服務專員索要，或撥打 MA 幫助熱線 1-800-541-2831。如想要僅重新認證醫療保險節約計畫(MSP)，您必須使用表 DOH-4328 進行申請。可向您的服務專員索要該表。如您亟需私人護理服務，則應使用 DOH- 4220 MA 申請表單獨申請 MA。

第 1 部份 勾選您或任何家庭成員正在重新認證的每項計畫		<input type="checkbox"/> 公共援助(PA) <input type="checkbox"/> 輔助營養援助計畫(SNAP) <input type="checkbox"/> 醫療補助(MA)和 SNAP <input type="checkbox"/> 醫療補助(MA)和 PA													
第 2 部份															
您的主要語言是什麼？ <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 其他（請指明） _____					您希望收到何種語言的通知？ <input type="checkbox"/> 僅限英語 <input type="checkbox"/> 英語和西班牙語					<div style="text-align: center;">第 5 部份</div> 您是否屬於以下任何情況？ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 懷孕 1 <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害者 2 <input type="checkbox"/> 需要確立親子關係 3 <input type="checkbox"/> 需要子女撫養費 4 <input type="checkbox"/> 吸毒/酗酒問題 5 <input type="checkbox"/> 燃料或水電瓦斯供應切斷 6 <input type="checkbox"/> 無住處/無家可歸 7 <input type="checkbox"/> 火災或其他災難 8 <input type="checkbox"/> 沒有收入 9 <input type="checkbox"/> 嚴重疾病 10 <input type="checkbox"/> 將被逐出住所 11 <input type="checkbox"/> 沒有食物 12 <input type="checkbox"/> 需要寄養服務 13 <input type="checkbox"/> 需要托兒補助服務 14 <input type="checkbox"/> 英文不好 15 <input type="checkbox"/> 合理的便利服務 16 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 17 					
第 3 部份 領用人資訊															
請用正楷清楚填寫															
名字		M.I.	姓氏			婚姻狀況		電話號碼 () 區號							
街道地址			公寓房號	城市			縣		州						郵遞區號
代收人姓名（若經由他人代收郵件）															
郵寄位址（如與上方位址不同）			公寓房號	城市			縣		州						郵遞區號
您在目前的住址 居住了多久？	年數	月數	此處是否為收容所？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		其他能聯絡到您的電話號碼			姓名							電話號碼 () 區號
如何到達您的住所															
以前地址			公寓房號	城市			縣		州						郵遞區號
如您目前沒有家，請勾選這裡 <input type="checkbox"/>															
為申請人提供幫助的機構/聯絡人								電話號碼 () 區號							
您是否需要對該重新認證表的醫療補助部份和可能獲得的任何醫療補助範圍加以保密？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
列出自申請或上次重新認證後發生的變更（如搬家、生子、收入等） _____															
第 4 部份 – 如正在重新申請 SNAP： 您可在獲得重新認證表的當天提交。要提交 SNAP 重新認證，必須至少於下方填寫您的姓名、住址（如有）並簽名。您必須完成重新認證流程，包括在重新認證表的最後一頁簽名並進行面談。如具備資格，從提交重新認證表的當天起為您提供 SNAP 福利。不論重新認證被批准或拒絕，我們必須在提交 SNAP 福利重新認證之日後 30 天內向您發放通知。如您家庭的收入或流動資源很少或完全沒有，或您的租金和公用事業費用超過您的收入和流動資源，則可能於提交之日後 5 個日曆日內獲得 SNAP 福利。如您是公共機構的居民並正在離開機構之前重新認證輔助保障收入(SSI)和 SNAP 福利，則提交重新認證的日期為您離開機構的日期。															
SNAP 領用人/代表簽名								簽名日期							
X															

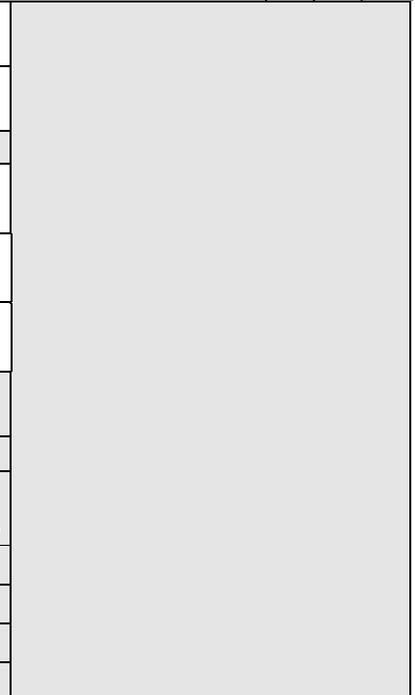
第 6 部份 - 家庭資訊 - 列出所有與您同住的人，即便他們未與您一同重新認證。將您自己的名字寫在第一行。

此人（包括未成年子女）是否與您一同購買食物或開夥做飯？
所完成的最高學歷（年級）

RI	LN	名字，中間初始，姓氏	此人重新認證：			出生日期 月/日/年	性別男或女	性別身份（可選）： （男性、女性、非二元性別、X、變性、不同身份[請描述]）	與您的關係	家庭成員重新認證人的社會保障號 （參見說明書 PUB-1313 Statewide 或聯絡社會服務區）	是 否	
			PA	SNAP	MA							
	01								本人			
	02											
	03											
	04											
	05											
	06											
	07											
	08											

請列出您或其他家庭成員的婚前姓名或曾用名

行號	ONC	名字	M.I.	姓氏
行號	ONC	名字	M.I.	姓氏



第 7 部份

去年可曾有人遷入家庭？ 是 否
如是，請於下方指明。

姓名 是 否 姓名 什麼時候？

姓名 是 否 姓名 什麼時候？

IS ANYONE SANCTIONED? YES NO IF YES, WHO REASON END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION **INDIVIDUAL EDUCATION** **CONSIDER**

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO				
											01		05	
											02		06	
											03		07	
											04		08	

✓ RCA/RMA REFERRAL

第 11 部份 – 關於轉介至兒童撫養費執行部門的資訊

如您同時重新認證醫療補助及公共援助或輔助營養援助計畫，則可能必須幫助我們為您本人和您重新認證的兒童獲得醫療援助服務。回答下列問題，確認您是否需要完成本部份。包括您本人在內，如適用：

1. 您是否正在為未滿 21 歲的非婚生和尚未確立法定親子關係（合法父母）的兒童重新認證？ 是 否
2. 您是否正在為未滿 21 歲的非同住父親或母親（無監護權父母）的兒童重新認證？ 是 否

如您對這兩個問題均回答「否」，則無需完成本部份。移至下個部份。

如您對這兩個問題中的一個或兩個回答「是」，則必須完成本部份。提供您正在代為重新認證的所有未滿 21 歲的兒童的姓名，及您目前所瞭解的有關這些兒童之非監護方父母或推定父母的任何資訊。

3. 您是否未滿 21 歲？ 是 否

如您對此問題回答「是」，則提供非監護方父母或推定父親的資訊。

作為獲得援助的條件，您需要轉讓與撫養費相關的特定權利，如本重新認證表末尾的「須知，轉讓，授權和承諾」部份中所述。您將會獲得 LDSS-5145 表 - 「有關兒童撫養費服務和申請/兒童撫養費服務轉介的資訊」。請填寫完畢後提交給兒童撫養費執行部門。除家暴或其他合理原因之外，作為獲得援助的條件，您必須與兒童撫養費執行部門合作來尋找任何非監護方父母或推定父母；為每位未滿 21 歲的非婚生兒童確立法定親子關係；及確立、修改和/或執行撫養費命令。另外，您將會得到 LDSS-4279 表 - 「撫養責任和權利須知」，其中解釋了您在與兒童撫養費執行部門合作的責任和權利。

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
		<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

未滿 21 歲兒童的姓名	非監護方父母或推定父母的姓名和住址	非監護方父母或推定父母的出生日期			非監護方父母或推定父母的社會保障號
		月	日	年	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

第 12 部份 – 報稅/獨立狀況 - 請為住在家裡的每個人選擇報稅狀況。

報稅狀況									
名字	中間名首字母縮寫	姓氏	單獨申報	已婚共同申報	已婚單獨申報	戶主(有合格家人)	有未獨立子女的合格喪偶人士	未獨立並將會報稅	將不會報稅

非同住稅務被撫養人。請列出任何未與您同住，且由您或任何家人申報的稅務依賴人。如您不報稅，可跳過該欄。

稅務被撫養人的姓名			報稅人姓名		
名字	中間名首字母縮寫	姓氏	名字	中間名首字母縮寫	姓氏

第 13 部份 – 非同住/已故配偶資訊 - 如任何重新認證人的配偶在別處生活或已故，請在下方指出。

重新認證人的姓名	配偶的姓名	配偶的出生日期	配偶的去世日期(若適用)	配偶的社會保障號
配偶的住址(若適用)		城市	縣	州 郵遞區號

第 14 部份 – 非同住子女資訊 - 如任何重新認證人有在別處生活的未滿 21 歲的子女，請在下方指出。

重新認證人的姓名	非同住子女的姓名	出生日期	子女的住址(街道, 城市, 縣, 州和郵遞區號)	是否確立了法定親子關係?		您是否支付子女撫養費?	
				是	否	是	否

第 15 部份 – 未成年父母資訊

TEEN PARENT

TEEN PARENT CHILDREN

家中是否有未滿 18 歲的父母(未成年父母)? 是 否

姓名 _____

未成年父母的子女是否與您同住? 是 否

未成年父母的子女姓名 _____

行號 _____ 婚姻狀況 _____

高中學歷/高中同等學歷? _____

行號 _____ 婚姻狀況 _____

高中學歷/高中同等學歷? _____

LN NO. _____

LN NO. _____

扣除：某些類型的醫療補助預算可容許申請人/領用人利用其聯邦稅項的扣除金額來減少其可計收入。國稅局(IRS)容許人們扣除特定費用來減少其應稅收入。僅記錄您將會在當年納稅時申報的扣除項。		是	否	姓名	金額/價值和頻度	姓名	金額/價值和頻度
教育工作者開支	1						
個人退休金額(IRA)扣除	2						
學生貸款利息扣除	3						
學費和雜費	4						
特定商務開支（預備役軍人、藝術家、收費的政府官員）	5						
健康儲蓄賬戶扣除	6						
就業相關搬遷費用	7						
自僱(S/E)稅的可扣除部份	8						
S/E、SIMPLE 和合資格的計畫	9						
S/E 健康保險扣除	10						
對提前支取儲蓄的罰金	11						
支付贍養費	12						
國內生產活動扣除	13						
於 36 行上增添的其他調整（僅限 IRS 1040 表）	14						
Archer MSA 扣除	15						
其他調整 (請指明)							

第 17 部份 – 繼父母/具有合法移民身份的非公民資助入資訊

回答下列所有問題。

	是	否	姓名
與您同住的任何兒童的繼父母是否有任何類型的資源或收入？			
您家中是否有經資助獲準進入美國的具合法移民身份的非公民？			

資助入姓名： _____ 電話號碼： _____

地址： _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

第 18 部份 – 就業資訊

本人目前： 受僱 自僱 失業

總收入 \$ _____ 每月工作小時數 _____
 (包括工資、薪水、加班費、傭金和小費)

領薪週期： 每週 每兩週 每月 星期幾領薪： _____

僱主名及地址： _____ **1**
 _____ 電話號碼 _____

其他同住人目前是否： 受僱 自僱

姓名： _____

總收入 \$ _____ 每月工作小時數 _____

領薪週期： 每週 每兩週 每月 星期幾領薪： _____ **2**

僱主名及地址： _____
 _____ 電話號碼 _____

僱主是否提供醫療保險？ 是 否

其他同住人是否有僱主提供的醫療保險？ 是 否

姓名： _____ **3**

保險公司名稱： _____

是否有人因為就業而需支付託兒費或護理費？ 是 否

姓名： _____ **4**

是否有人需支付與就業有關的其他費用？ 是 否

姓名： _____ **5**

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

第 19 部份 – 教育/培訓

您完成的最高教育水準是什麼？

低於高中學歷

如是這樣，上到幾年級？ _____

完成個別化教育計畫(IEP)

高中學歷或一般同等學歷(GED)或 Test Assessing Secondary Completion (TASC™)

大專文憑（2年大學）

本科文憑（4年大學）或更高

1

家中是否有其他任何人具有高中學歷、一般同等學歷(GED)或 Test Assessing Secondary Completion (TASC™)，或更高教育水準？ 是 否

如是，其姓名： _____

達到的學歷： _____

修完的日期： _____

2

請指出您或任何同住人是否正在重新認證或領用援助金：

目前正在或過去 12 個月中曾經參加任何培訓計畫？ 是 否

姓名 _____

地點 _____

計畫 _____

參加的日期 _____

完成的日期 _____

3

已滿 16 歲並正在讀高中或大學？ 是 否

姓名 _____

地點 _____

4

是否獲得訓練補貼？ 是 否

5

姓名： _____ 金額： \$ _____

是否獲得教育補助金或貸款？ 是 否

6

姓名： _____ 金額： \$ _____

未滿 16 歲並正在讀書？ 是 否

7

姓名 _____

姓名 _____

學校 _____

學校 _____

姓名 _____

姓名 _____

學校 _____

學校 _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 20 部份 - 資源資訊							
請指出您或任何同住重新認證人是否有：		是	否	姓名	如是，金額/價值	姓名	如是，金額/價值
可用現金	1				\$		\$
支票賬戶	2						
儲蓄賬戶或存單	3						
信用社賬戶	4						
壽險	5						
機動車或其他車輛的所有權證或登記證：							
年份 _____ 廠牌/車型 _____							
年份 _____ 廠牌/車型 _____							
其他 _____	6						
股票、債券、存單或共同基金	7						
儲蓄債券	8						
IRA、Keogh、401(k)或遞延補償賬戶	9						
不可撤銷殯葬信託	10						
殯葬基金	11						
墓地	12						
自有住房	13						
不動產，包括收入房產和非收入房產	14						
有資格獲得所得稅退稅	15						
年金	16						
信託受益人	17						
預期可獲得信託資金，訴訟賠償金，遺產或來自其他來源的收入	18						
「信託」賬戶	19						
銀行保險箱	20						
上述以外的其他資產	21						
過去 36 個月中，是否有任何人（包括您的配偶，即便未重新認證或未與您同住）贈送現金，或出售/轉讓任何房地產、收入或個人財產？	22						
過去 60 個月中，是否有任何人（包括您的配偶，即便未重新認證或未與您同住）設立信託賬戶，或將任何資產轉移至信託賬戶？ 如是，是何時？ _____	23						

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER	
✓	Children's Resources
✓	Lump Sum
✓	Boats, Campers, Snowmobiles
✓	Individual Development Account (IDA)
✓	Exempt Vehicles
✓	EIC
✓	Change in Resources from Last Budget

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

*IF EXEMPT, WHY?

第 21 部份 – 醫療資訊				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
請指出您或任何同住重新認證人是否有：	是	否	如是，是誰？		Pregnancy Statement	
有任何醫療賬單或醫療相關支出 1					Med/Psych Statement	
已加入部份自付醫療補助計畫 2					Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
有醫療或住院/意外保險，包括僱主提供的保險 3				保單號： 金額： 支付週期：	Drug/Alcohol Statement	
有僱主提供的醫療保險 4				保險公司名稱：	Paid or Unpaid Medical Bills	
有聯邦醫保（紅、白和藍卡） 5				被覆蓋的人：	SSI Application Verification (PA ONLY)	
有健康護理/家庭健康護工 6				生效日期：	CONSIDER	
失明、生病或傷殘 7				Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ AD/SSI Related ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ SNAP Medical Deduction ✓ TPHI Reimbursement ✓ Buy-In Eligibility ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Domestic Violence ✓ SSI Referral ✓ Earned Income Credit ✓ Change in Resources 	
為殘障兒童 8					NEEDED	REFERRALS
現住在醫院、護理院或其他醫療機構 9					SSI (D-CAP)	
在提出本重新認證前 3 個月內，有已付或未付的醫療賬單 10					Disability Interview (LDSS-1151)	
有或曾有依賴毒品或酒精問題 11					Medical Report (LDSS-486, 486t)	
需要家庭看護/私人看護 12					Disability Report	
正領用或已申請 SSI 13					AD	
目前懷孕					TPHI	
如懷孕，預產期為： _____ 14					ACCES-VR	
預期產子數： _____					CTHP	
正參加吸毒或酗酒勒戒計畫 15					Family Planning	
因殘障或疾病，至少已有 12 個月無法工作 16					SSA (RSDI)	
因已持續或預期將至少持續 12 個月的殘障或疾病，日常活動受到限制 17					Veteran's Benefits	
過去兩年中曾發生過交通或工傷事故 18					Veteran's Counseling	
除醫療補助或聯邦醫保之外，是否還有任何其他政府機構（公共計畫）替您支付醫療賬單？如是，是哪家機構？ _____ 19					Child Health Plus	
開具任何其他醫療保險賬單是否會損害您的身心健康或安全，以及/或者這是否會侵害您申請或領用醫療補助的隱私性和保密性？ 20					COBRA Eligibility	
					Nurse's Aide Service	
					Home Care	
					NYSOH	
					MA-Only (DOH-4220)	
					SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
					LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS: YES NO TPHI: YES NO

醫療計畫選擇

大多數參加醫療補助計畫的人都被要求參加一項受管理的醫療計畫，除非他們屬於豁免類別。請使用此欄選擇一項醫療計畫。如您不知道有哪些醫療計畫，請諮詢您的服務專員或撥打 1-800-505-5678。

您希望參加的計畫的名稱	姓氏	名字	出生日期 月/日/年	性別 男/女	身份號碼 (如有醫療補助卡，則是卡號)	社會保障號 (孕婦可填可不填)	主要保健服務提供商(PCP) 或醫療中心 (如目前服務提供商不變，則勾選方塊)	OB/GYN 的名稱和 ID 號 (如目前服務提供商不變，則勾選方塊)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 22 部份 – 住房				SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST		REQUESTED			DOCUMENTATION			IN FILE
您房東的姓名？				A. Room and Board							Landlord Statement			
您房東的地址？				B. Rent							Rent Receipt			
您房東的電話號碼？				C. Trailer Lot Rent							Tenant of Record			
() _____				D. Mortgage Payment							Customer of Record			
				1. Principal							Voluntary Restrict			
				2. Interest							Mandatory Restrict			
				3. Property Tax (including School Tax)							Subsidized Housing			
				4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)							Mortgage/Title Search			
				5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)							Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office			
				6. Assessments (Sewer, etc.)							Property Lien			
				E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)							Shelter/Utility Repayment Agreement			
				TOTAL (Lines A - E)							CONSIDER			
											<input checked="" type="checkbox"/> Utility and/or Fuel Restrict <input checked="" type="checkbox"/> Utility Guarantee <input checked="" type="checkbox"/> HEAP <input checked="" type="checkbox"/> Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount <input checked="" type="checkbox"/> Foster Care-Related Additional Allowances <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition Rules <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> Real Property Tax Credit <input checked="" type="checkbox"/> AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance <input checked="" type="checkbox"/> Property Lien <input checked="" type="checkbox"/> If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household			
您或任何與您同住的人是否支付房租、購房貸款或有其他住房開銷？				是	否	\$								
您或任何與您同住的人是否有不包括在房租或其他住房費用內的暖氣費？						\$								

第 22 部份 - 住房 (續)			
您或任何與您同住的人是否有不包括在房租或其他住房費用內的下列開銷？	是	否	如是，請指明金額
電 (除暖氣用電之外，如照明、烹飪、熱水等)	1		\$
天然氣 (除暖氣用氣之外，如烹飪、熱水等)	2		\$
水	3		\$
空調	4		\$
丙烷氣 (除暖氣用氣之外)	5		\$
下水道	6		\$
垃圾	7		\$
其他公用事業服務費 請指明 _____	8		\$
您是否住在公共住房？	9		
您是否住在屬 HUD 第 8 項或其他有補貼的房屋中？	10		
您是否住在戒毒/戒酒中心？	11		

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

*Check Primary Heat Type:
 Natural Gas Oil PSC Electric Coal Other _____
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood

其他資訊			
第 23 部份 - 其他費用			
請指出您或任何同住認證人是否有：	是	否	如是，請指明金額
支付子女撫養費	1		\$
支付配偶撫養費	2		\$
支付託兒費	3		\$
支付寄養費	4		\$
支付學費、雜費或其他教育費用	5		\$
有其他開銷 (如車輛保養費、車輛保險費、信用卡還款，其他貸款還款，等) 請指明： _____	6		\$
您或任何與您同住的重新認證人是否拖欠至少四個月的對 21 歲以下子女的撫養費？	7	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
	YES	NO	YES	NO

第 24 部份 – 其他資訊			
您是否購買或準備購買送餐到府或集團膳食服務？	8	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否能夠在家做飯？	9	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您或任何家人是否曾在美國軍隊服役？ 服役人姓名：_____	10	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您的配偶是否曾在美國軍隊服役？	11	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否有家人被正在或曾在美軍服役的人士供養？ 受供養人姓名：_____	12	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
請指出您或任何同住認證人是否有：		是	否
您或任何同住認證人是否曾於過去兩個月內自紐約州其他縣遷入本縣？			姓名
您或任何同住人是否曾被判定欺詐/故意違反計畫規定，或因此被取消公共援助和/或輔助營養援助計畫(SNAP)資格？			
您或任何同住人是否曾領用無資格領取的福利，而這些福利尚未全額退還給本機構或其他機構？			
您或任何家人是否曾因偽造資料或呈報虛假住址，以在兩個或更多的州同時領取公共援助而被定罪？			
您或任何家人是否曾在 1996 年 9 月 22 日之後因於多個州虛假領取重複的 SNAP 福利而被定罪？			
您或任何家人是否曾在 1996 年 9 月 22 日之後因購買或售賣合併金額超過 500 美元或更高的 SNAP 福利而被定罪？			
您或任何家人是否曾因使用 SNAP 福利金交換槍支、彈藥、爆炸物或毒品而被定罪？			
您或任何家人是否在逃，以因犯重罪或重罪未遂被執法機關追捕以躲避起訴、監禁或判決？			
您或任何家人是否正在違反法院下達的緩刑令或假釋令？			
財產轉移狀況			
本人曾經 <input type="checkbox"/> 本人未曾 <input type="checkbox"/> 出售、轉移或贈送任何財產給任何他人以便能夠領取公共援助或 SNAP 福利。			

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

		CONSIDER
Actual Expenses	\$ <input type="text"/>	✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
		✓ Actual Shelter
Actual Income	\$ <input type="text"/>	✓ Actual Fuel/Utility Costs
		✓ Telephone Expenses
= Difference	\$ <input type="text"/>	✓ Car Expenses
		✓ Furniture/Appliance Rental
		✓ Cable TV
		✓ Tuition
		✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS**須知，轉讓，授權和承諾**

社會保障號的索取與使用 - 依據 2008 年修訂的《Food and Nutrition Act》，授權可就輔助營養援助計畫(SNAP)索要各家庭成員的社會保障號(SSN)。任何申請 SNAP 的人皆須提供 SSN 方能領取福利。如您或任何申請人沒有 SSN，則必須向社會保障局申請 SSN（請造訪 www.SSA.gov 或撥打 1-800-772-1213）。

對於所有其他其重新認證表需 SSN 之計畫，SSN 的索取係強制性的，並經下列一條或多條法律條款授權：《社會安全法案》205(c)款(42 U.S. Code 405)、《社會安全法案》1137 款(42 U.S. Code 1320b-7)及 1974 年《隱私法案》7(a)(2)款。如有疑問，請參見說明書(PUB-1313 Statewide)或聯絡社會服務區。

我們索取的資訊將用於確認您的家庭是否有資格或繼續有資格獲得援助或福利。該等資訊將用於核實身份、驗證工作收入和非工作收入、確認非同住父母是否能夠獲得申請人或領用人之醫療保險、確認申請人或領用人是否能夠獲得子女或配偶撫養費，及確認申請人或領用人是否能夠獲得金錢或其他援助。我們將會透過電腦比對程式來驗證該等資訊。該等資訊亦將用於監控與計畫規定之合規性，或用於管理福利計畫。除以上述方式使用您告知的資訊之外，本州會使用該等資訊來統計所有領取家庭能源援助(HEAP)之人員（參見下方）。

該等資訊或會披露給其他州和聯邦機構以進行官方核查，或披露給執法官員以逮捕畏罪潛逃人員。所索取的與家庭援助和安全網援助申請人或領用人相關的資訊，包括 SSN，可用於幫助組成陪審團。如您的家庭遭遇 SNAP 退賠索償，聯邦和州機構及私人索償機構有權引用該重新認證中的資訊（包括所有 SSN）以開展索償行動。

不合資格家庭成員的 SSN 亦將會以上述方式使用和披露。

除以上述方式使用您告知的資訊之外，本州亦會使用該等資訊來統計所有領取 HEAP 之人員。該資訊由本州用於質素控制，以確保社會服務區盡己所能地開展工作。該資訊亦用於驗證您向其支付費用的能源提供商。

非歧視性公告 - 本機構不得基於種族、膚色、國籍、殘障、年齡、性別及宗教或政治信仰對相關人員進行歧視。

美國農業部(USDA)亦禁止在由USDA開展或資助的任何計畫或行動中以種族、膚色、原國籍、性別、宗教信仰、殘障、年齡、政治信仰加以歧視或對之前的民權活動進行打擊報復。

需其他溝通格式(如盲文、大字體印刷件、錄音帶、美國手語等)獲得計畫資訊的殘障人士應聯絡向其申請福利的州或地方機構。患有失聰、聽力障礙或語言障礙的人士可透過聯邦中轉服務聯絡USDA, 號碼為(800) 877-8339。另有以英語之外的語言提供計畫資訊。

要對輔助營養援助計畫(SNAP)歧視行為進行投訴, 請填寫USDA計畫歧視投訴表(AD-3027), 於 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html可獲此表格, 並可向任何USDA辦事處索要, 或寄信至USDA並於信中寫明該表中所要求的所有資訊。請撥打(866) 632-9992索要投訴表。將填妥的表格或信件寄送至USDA:

- (1) 寄送地址: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 傳真: (202) 690-7442; 或
- (3) 電郵地址: program.intake@usda.gov。

對於處理輔助營養援助計畫(SNAP)問題的任何其他資訊, 應撥打USDA SNAP熱線號碼(800) 221-5689 (亦提供西班牙語服務), 或撥打州資訊/熱線號碼(點按連結查看州熱線號碼清單); 網址: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

如需聯繫美國衛生與人類服務部(HHS)獲得的聯邦財務援助計畫提交歧視投訴, 請寄信至: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, 或撥打(202) 619-0403 (語音)或(800) 537-7697 (TTY)。

該機構係平等機會提供者。

紐約州還禁止基於性別認同、變性者身份、性別焦慮、性取向、婚姻狀況、軍人身份、家庭暴力受害者身份、與懷孕有關情況、易感遺傳特徵、逮捕前科或定罪記錄的歧視、家庭地位進行歧視, 並禁止因反對非法歧視行為的報復。

同意調查 - 我同意接受任何調查, 以驗證或確認我為申請公共援助(PA)、醫療補助、輔助營養援助計畫(SNAP)福利、家庭能源援助計畫福利、服務或兒童看護援助所提供的相關資訊。如需其他資訊, 我將提供。另外, 我將會全力配合州和聯邦人員進行任何 PA 和/或 SNAP 質素控制審查。

如我重新認證 SNAP, 我瞭解社會服務區將會透過收入和資格驗證系統來要求和使用可用資訊以調查我的重新認證, 並可能會在發現出入時透過附帶聯絡人來驗證該等資訊。我亦瞭解, 這些資訊或會影響我獲得 SNAP 的資格和/或我可獲得的 SNAP 福利水準。

同意發佈機密失業保險資訊 - 我授權紐約州勞工廳(DOL)向紐約州臨時救濟及殘障補助(OTDA)辦公室發佈 DOL 為失業保險(UI)之目的而儲存的任何機密資訊。該等資訊包括 UI 救濟金索償和工資記錄。我瞭解, OTDA 以及於當地社會服務地區辦公室工作之州和地方機構員工將使用 UI 資訊確立或驗證我申請/重新認證的公共援助、醫療補助、輔助營養援助計畫福利、家庭能源援助計畫福利或托兒補助之資格及金額, 並開展調查以確定我是否有資格獲得福利。OTDA 亦或會與紐約州兒童與家庭服務辦公室(OCFS)和紐約州衛生廳(DOH)共用這些資訊。OCFS 將會使用該等資訊來監督托兒補助計畫。

向服務提供商發佈資訊 - 我許可社會服務區和紐約州可共用有關我或我可合法授權的任何家庭成員已獲得之公共援助或輔助營養援助計畫福利的資訊, 用於驗證我可獲得與由州或地方承包商所提供之計畫管理服務相關的服務和付款的資格。這些服務包括但不限於, 提供的就業安置或訓練服務以幫助我或我的家人獲得和保持就業。

變更申報 - 如需求、住址/地址、家庭人口、收入、就業、財產/資源、寄養開銷、健康保險、具有合法移民身份的非公民狀態/公民狀態、無受瞻養者之健全成年人(ABAWD)狀態、懷孕狀態或生活安排發生任何變更，我同意盡己所能**及時**通知相關機構。

如我正在申請托兒補助，則同意將家庭收入、屋內現住人員、就業、托兒安排或其他可能影響我的資格持續或福利金額的任何變更**立即**通知給相關機構。

處罰 - 如在重新認證公共援助、醫療援助、輔助營養援助計畫、服務或托兒補助（援助、福利或服務）時或每當懷疑您對申請資格提供虛假資訊，或唆使他人就您的重新認證或資格持續提供虛假資訊，聯邦和州法律將處以罰款或監禁，或兩項處罰同時執行。如您隱瞞或未能披露有關您援助、福利或服務的初始和持續申請資格之事實，或隱瞞或未能披露會影響您為之重新認證獲得或繼續領用援助、福利或服務的人士的權利之事實，您亦會遭受處罰。如您是授權代表，該等援助、福利或服務必須用於其他人，而非您自己。聯邦和州法律規定，如個人或個人的配偶在其接受護理機構服務及已提交醫療援助申請的首個月之前的 **60** 個月內，以少於公平市值將資產進行轉移，則其或會在一段時期內無資格獲得護理機構服務或基於家庭和社區的已豁免服務。透過隱藏資訊或提供虛假資訊來獲得援助、福利或服務，屬非法行為。

輔助營養援助計畫剝奪資格處罰 - 與您的輔助營養援助計畫(SNAP)申請相關的、您提供的任何資訊均需經由聯邦、州和地方官員驗證。如任何資訊有誤，您或會被拒絕授予SNAP福利。您或會因故意提供錯誤資訊而遭到刑事訴訟，並影響獲得福利的資格或金額。任何人因故意使用、轉讓、獲得、篡改或佔有SNAP授權卡或存取設備而觸犯重罪，會被處以最高**250,000**美元的罰款或入獄最長**20**年，或同時處以兩項處罰。個人亦或會遭到適用聯邦和州法律的起訴。任何違反緩刑或假釋規定之人員，或因重罪逃逸以避免起訴、拘留或監禁及執法機關追捕人員均不符合領取SNAP福利之資格。

如您作出虛假或誤導性陳述，或歪曲、掩蓋或隱瞞重要事實以獲得福利資格或領取更多福利；使用 **SNAP** 福利金購買產品並故意丟掉產品和，退還容器以獲得定金和現金；或您因使用、展示、轉讓、收購、獲取，擁有或販賣 **SNAP** 福利、授權卡或電子福利轉帳(**EBT**)系統中可重複使用的檔而違反任何聯邦或州法律，您可能會喪失 **SNAP** 資格或被判蓄意觸犯福利計畫(**IPV**)罪。另外，下列行為是不容許的，否則您會喪失 **SNAP** 福利資格及/或遭受處罰：

- 使用 **SNAP** 福利金購買食品之外的物品，如酒或煙；
- 使用 **SNAP** 福利金支付之前賒賬購買的食品；
- 容許其他人使用您的 **EBT** 卡來交換現金、槍支、彈藥、爆炸物、毒品，或為並非您的 **SNAP** 家庭成員的人購買食品；或
- 未經卡主同意使用或佔有不屬於您的 **EBT** 卡。

如透過剝奪資格行政聽證會或聯邦、州或地方法院發現任何人觸犯了 **IPV**，或任何人已在轉介至起訴的案件中簽署了剝奪資格行政聽證會豁免權或剝奪資格同意協定，則其應在下列時段內無資格參加 **SNAP**：

- **12** 個月，如**第一次**觸犯 **SNAP IPV**；
 - **24** 個月，如**第二次**觸犯 **SNAP IPV**；
 - **24** 個月，如**第一次**觸犯 **SNAP IPV**，且依據法院結論，此人透過涉及售賣受管控制物質（非法藥物或需要醫師處方的特定藥物）的交易使用或獲得 **SNAP** 福利金；或
 - **120** 個月，如發現此人就其身份或其住址提供虛假資訊以同時獲得多項 **SNAP** 福利，除第三次觸犯 **SNAP IPV** 會被永久剝奪資格之外。
- 另外，法院可禁止個人參加 **SNAP** 額外 **18** 個月。

如任何人做出下列行為，會被永久剝奪獲得 **SNAP** 福利的資格：

- **第一次**觸犯 **SNAP IPV**，且依據法院結論，此人透過涉及售賣槍支、彈藥或爆炸物的交易使用或獲得 **SNAP** 福利金；
- **第一次**觸犯 **SNAP IPV**，且依據法院結論，此人非法販賣 **SNAP** 福利金的合併金額達到 **500** 美元或更多（販賣行為包括非法使用、轉讓、獲得、篡改或佔有 **SNAP** 授權卡或存取設備）；
- **第二次**觸犯 **SNAP IPV**，且依據法院結論，此人透過涉及售賣受管控制物質（非法藥物或需要醫師處方的特定藥物）的交易使用或獲得 **SNAP** 福利金；或
- **第三次**觸犯 **SNAP IPV**。

對申報/驗證家庭費用之要求 - 您的家庭必須申報托兒和公用事業費用，以獲得該等費用的輔助營養援助計畫(SNAP)減扣。您的家庭必須申報並驗證租金/貸款支出、地產稅、保險、醫療支出，及向非同住家人支付的子女撫養費，以獲得該等費用的 **SNAP** 減扣。無法申報/驗證上述費用將被視為您的家庭聲明不想獲得該等未申報/未驗證費用。該等費用之減扣或會使您有資格獲得 **SNAP** 或增加您的 **SNAP** 福利。您可於未來隨時申報/驗證該等費用。隨後幾個月，將會依據申報變更規則及該項減扣來計算 **SNAP** 福利（參見上方的「變更申報」）。

輔助營養援助計畫授權代表 - 您可授權一位熟知您家庭狀況的人代您重新認證輔助營養援助計畫(SNAP)福利。您亦可授權您家庭之外的某人代您領用 SNAP 福利，或使用它們代您購買食品。如想要授權某人，須書面授權。如需授權其他人，您可直接在下方以正楷填寫此人的姓名、地址和電話號碼，然後讓他們在本重新認證表末尾的簽名欄中簽名。如授權代表是代表不住在公共機構中的 SNAP 家庭進行重新認證，則授權代表和一名可負責的成年家庭成員均須在本重新認證表末尾的簽名欄中簽上姓名和日期，除非 SNAP 家庭透過其他方式書面指定授權代表這樣做。

授權代表的姓名、地址和電話號碼（請以正楷書寫）：

標準公用事業費用補貼 - 我瞭解，公共援助和輔助營養援助計畫(SNAP)領用人可依收入劃分有資格享受家庭能源援助計畫(HEAP)。我亦瞭解，如我在目前月或前 12 個月從未獲得高於 20 美元的 HEAP 福利，或類似的能源援助福利，則要獲得 SNAP 的暖氣/降溫標準公用事業費用補貼（即扣減），我必須與我的租金分開支付暖氣或空調費用。我瞭解，本州將會使用我的社會保障號來與我的家庭能源提供商確認收到了 HEAP。另外，該授權包括容許家庭能源提供商（包括我的公用事業公司）公開特定的統計資訊，包括但不限於，我的年度用電量、電費、燃料消耗、燃料類型、年度燃料成本，以及向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室、當地社會服務區及美國衛生和人類服務部的付款記錄，以評估低收入家庭能源援助計畫之效能。

公開醫療資訊 - 我同意下列機構可公開有關我和我的任何家庭成員的任何醫療資訊：由我的主要護理服務提供商、任何其他健康護理服務提供商或紐約州衛生廳(DOH)向我的醫療計畫和任何參與護理我或我的家人的醫療護理提供商公開，前提是這是我的醫療計畫或我的提供商為開展治療、支付或醫療護理行動所合理必需的；由我的醫療計畫和任何醫療護理服務提供商向 DOH 和其他授權的聯邦、州和地方機構公開，以管理醫療補助計畫；由我的醫療計畫向其他人士或組織公開，前提是這是我的醫療計畫為開展治療、支付或醫療護理行動所合理必需的。我授權那些我可就援助與服務的提供及我參加工作活動（包括就業）的能力合法給予授權的機構向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室(OTDA)、紐約州兒童與家庭服務辦公室或當地社會服務區公開有關我和我的任何家庭成員的任何醫療資訊，前提是這是為提供公共援助福利；為提供服務，包括兒童福祉服務；為確定適當的工作活動分配；為確定申請輔助保障收入

福利的必要性；為建立適當的治療計畫來恢復就業能力；及為確定豁免本州有關現金援助接受的六十個月時間限制之資格性所合理必需的。如我需要申請由社會保障局管理的福利，則上述資訊可與社會保障局共用。我亦同意，在法律容許的範圍內，公開的資訊或會包括有關我和我的家庭成員的 HIV、心理健康或酗酒和藥物濫用資訊，除非勾選下方方塊。如家庭中有多名成人參加了醫療補助醫療計畫，則必須由每名申請的成人簽名同意，方能公開資訊。我瞭解，我同意公開與我可給予同意之任何未成年子女相關的資訊的能力受到我能夠代表他們獲得的關於治療、診斷和程式之資訊範圍的限制。

_____ 不公開 HIV/AIDS 資訊 _____ 不公開吸毒和酗酒資訊
_____ 不公開心理健康資訊

向服務提供者公開資訊 - 我允許社會服務區和紐約州與社會服務區或紐約州指定的衛生服務提供者分享有關我或我家中任何我可以合法授權領取或有資格領取福利的成員的公共援助福利的資訊，以提高我的醫療保健和整體福祉的品質，並便於收到我或我的家庭成員有資格獲得的額外福利。

公開教育記錄 - 我准許州衛生廳和當地社會服務部：1)獲得與我和/或我的未成年子女相關的任何資訊，其中包括申報健康相關教育服務醫療補助報銷所需之資訊；2)僅出於稽核目的，向適當的聯邦政府機構提供存取該等資訊之途徑。

公開早期幹預計畫資訊 - 如我的子女經評估需參加或參加了紐約州早期幹預計畫，則我准許社會服務區和紐約州與我所在的郡或市的早期幹預計畫共用我子女的醫療補助資格資訊，以開具醫療補助賬單。

兒童/青少年健康計畫 - 我瞭解，如我的子女加入醫療補助計畫，則其能夠獲得綜合的初級預防看護，包括透過兒童/青少年健康計畫的所有必要治療。我可從社會服務區獲得有關該計畫之詳情。

醫療保險 - 我授權將符合「醫療保險」（第 B 條第 XVIII 款，補充醫療保險計畫）的未來未付費用直接支付給在我有資格獲得醫療補助時為我提供醫療和其他醫療服務的醫師和醫療提供商。

醫療費用的報銷

醫療補助 - 作為醫療補助申請的一部份，或自您申請之日兩年內，您有權要求報銷自己於申請當月之前的三個月內，為所領用的保障內醫療護理、服務和用品所支付的費用。在您申請之日後，僅當從參加醫療補助計畫之提供商獲得服務，方能報銷保障內醫療護理、服務和用品費用。

保險/其他福利的轉讓和直接支付 - 對於公共援助和醫療補助，我同意提出任何健康或事故保險福利索賠，並尋求任何個人傷害索賠或我可能享有的任何其他資源，並特此將任何該等資源轉讓給該重新認證所針對的社會服務區。另外，我將會協助將任何轉讓的福利提供給該重新認證所針對的社會服務區。

我授權將應付給我或我家庭的健康或意外保險福利款項直接支付給在我們有資格獲得醫療補助時為我們提供醫療和其他健康服務的適當的社會服務區。

醫療補助的追償 - 如您位於醫療機構中且預計不會回家，則某些情形下，收到醫療補助時或會申請留置權，且或會以您的不動產進行補償。可從在您獲得醫療服務時對您負有法定撫養責任的人士補償代表您支付的 MA。MA 亦可補償錯誤支付的服務費用和保費。

我瞭解，從 2014 年 4 月 1 日起，如我透過紐約州衛生部獲得醫療補助：

- 在我死亡之前，我的房產將不施加任何留置權。
- 在我死亡後從我不動產資產獲得的補償將僅限於我 55 歲生日之日或之後為獲得的養老院照護、家庭和社區服務，及相關醫院和處方藥服務之成本所支付的醫療補助金額。

公共援助的補償 - 您為自己領用的或為您在法律上負有撫養責任之人士所領用的公共援助(PA)可透過您擁有或可能獲得的財產或金錢加以補償。作為領用 PA 之條件，或會要求您對所擁有的房產執行立契轉讓或抵押。您的退稅和部份彩票獎金將用於償還您的 PA 債務。

授權從補助保障收入補發款項償還公共援助福利金 - 我授權在社會保障管理局(SSA)確認我是否有資格獲得補助保障收入(SSI)時，由 SSA 局長使用我的第一筆 SSI 款項（即我的補發 SSI 款項）來向當地社會服務區(SSD)償還 SSD 從州或地方資金支付給我的公共援助(PA)福利金。SSA 將不會償還 SSD 使用任何聯邦資金支付的 PA。

僅當州政府通知 SSA 稱我和一名 SSD 代表已簽署該授權時，我才會受該授權之約束。州政府須在將我的 SSI 記錄與我的州記錄進行比對的 30 個日曆日內發出通知。30 個日曆日後，SSA 將不會接受。轉而，SSA 將會依據 SSA 規則將我的補發 SSI 款項傳送給我。

僅可使用我的第一筆 SSI 款項。如我的第一筆款項多於欠 SSD 的金額，SSA 將會依據其規則將剩餘金額傳送給我。

SSA 在下列兩種情形下可償還 SSD：

- (1) 如我申請 SSI 且 SSA 確認我有資格，則 SSA 將會償還 SSD。
- (2) 如我的 SSI 福利在終止或暫停後恢復，則 SSA 將會償還 SSD。

SSA 僅會償還 SSD 我在等候 SSA 確認我的資格期間由 SSD 支付給我的 PA。這被稱為「臨時援助」。該時段的起點為：(1)我變得有資格獲得 SSI 福利金的第一個月，或(2)我的 SSI 在被暫停或終止後得到恢復的第一天。該時段包括實際開始支付 SSI 款項的當月。如 SSD 無法停止我的最後一次 PA 付款，則該時段會於下個月終止。

在 SSA 償還 SSD 後不遲於 10 天，SSD 必須通知我支付的臨時援助金額。另外，該通知將會告訴我 SSA 將會向我寄發信函，告訴我 SSA 會如何將欠我的任何剩餘 SSI 款項發送給我，以及如我不同意州決定，則能夠如何就決定對州政府提起申訴。

依據其規則，SSA 可將我簽署該授權的日期用作我首次獲得 SSI 資格的日期。僅當我在接下來的 60 日內申請 SSI 時，才會這樣做。

該授權適用於我在 SSA 之前未決的任何 SSI 申請或申訴。如我的 SSI 個案已完全決定，則授權終止。當 SSA 首次支付我款項時，授權終止。州政府和我也可商定終止授權。如我要在此授權終止後重新申請 SSI，或如我在有未決的 SSI 申請或申訴時提交新的 SSI 索償，則我必須遵循紐約州法規簽署新授權。



紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地區登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

- 如果您勾選是，請填寫以下選民登記申請表
- 是
- 否，因為本人決定不登記，或
- 本人已在目前居住地區登記或
- 本人已索取並收到郵寄登記表

如果您不勾選任何一項，則被視為已決定這次不登記投票。

姓名 _____ 日期 _____ / _____ / _____

請以正楷填寫姓名

重要資訊！

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，我們很樂意協助您。您可以全權決定是否尋求或接受協助。您也可以私下填寫申請表。

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電：1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

ଅନୁରୋଧ କରାଯାଉଛି ଯେ ଆପଣଙ୍କୁ ଯେଉଁଠି ୧-୮୦୦-୩୬୭-୮୬୮୩ ସଂଖ୍ୟାରେ କଥା କୁହନ୍ତୁ

2020年2月5日修訂

選民登記申請表 (說明請參閱背面)

是，我需要申請缺席投票 是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

請以藍色或黑色墨水填寫或打印

1 您是否為美國公民？
 是 否
 若回答否，請勿填寫本表

2 A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？
 是 否
 B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會被記為「待定」，且無法在任何選舉中投票？
 是 否
 如果您對之前的兩個問題都回答否，您將無法登記投票。

3 姓名 _____ 後置稱謂 _____

4 現居地址 (請勿填寫郵政信箱) _____ 市/鎮/村 _____ 郵遞區號 _____ 郡 _____

5 收件地址 (若與上列不同) _____ 郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等 _____ 郵局 _____ 郵遞區號 _____

6 出生日期 _____ 性別 (選擇) _____ 電話 (選擇) _____ 電子郵件 (選擇) _____

7 _____

8 _____

9 當時的地址為 (請提供門牌號碼、街道及城市名) _____

10 當時使用的姓名 (若與目前姓名不同) _____

11 政黨
 本人希望加入政黨
 民主黨 自由意志黨
 共和黨 獨立黨
 保守黨 SAM 黨 (服務美國運動黨)
 勞動家庭黨 其他 _____
 綠黨
 我不想登記加入任何政黨，希望成為獨立選民
 無政黨

12 宣誓書：本人發誓或證明
 • 本人是美國公民。
 • 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天。
 • 本人將符合在紐約州登記投票的所有要求。
 • 以下橫線處簽名或畫押者為本人無誤。
 • 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。

身分證件號碼 (請勾選適合的方塊並填寫號碼)
 紐約州 DMV 號碼 _____
 社會安全號碼的最後四位數字 _____
 本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼 _____

簽名或畫押 _____ 日期 _____ / _____ / _____

(選擇) 登記捐贈您的身體器官和組織

姓氏 _____

名字 _____ 中間名首字母 _____ 後置稱謂 _____

地址 _____ 市/鎮/村 _____ 郵遞區號 _____

公寓號碼 _____

出生日期 _____ 性別 男 女

眼睛顏色 _____ 身高 _____ 吋

電子郵件 _____ DMV 或 ID NYC 號碼 _____

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 16 歲 (含)
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及紐約州衛生署署長核准的其他醫院開放此資訊。



簽名 _____ 日期 _____ / _____ / _____

登記資格

此表格可用於：

- 在紐約州登記投票；
- 變更姓名和/或地址（如果這些資訊在您上次投票之後有所變更）；
- 加入政黨或變更登記；
- 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）。

您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
- 在選舉當日之前居住在該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄或假釋（除非假釋赦免或恢復公民身分）；
- 未在其他地方主張投票權；且
- 未被法院認定無行為能力。

重要資訊！

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或申請登記投票的隱私私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
電話：1-800-469-6872；
TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；
或造訪網站 - www.elections.ny.gov

您的登記決定屬保密資訊，僅會用於選民登記。未選擇登記投票者和/或與申請人將申請表繳交至哪一個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

查證身分

我們會盡可能在選舉日之前，根據您在第 9 欄中填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字，查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在有效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

填表說明：

虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。

第 9 欄：您必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號(?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

第 11 欄：只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。